

VU Research Portal

Gek op je werk? Een onderzoek naar factoren voor werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen

Plaisier, I.; de Bruijn, J.G.M.; Smit, J.H.

published in

Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken
2005

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., & Smit, J. H. (2005). Gek op je werk? Een onderzoek naar factoren voor werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen. *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, 21(2), 143-155.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Gek op je werk?

Een onderzoek naar factoren voor werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen

Inger Plaisier, Jeanne G.M. de Bruijn en Johannes H. Smit*

Arbeidsongeschiktheid wegens psychische stoornissen komt in Nederland veel voor. Niet alle werknemers met een psychische stoornis zijn arbeidsongeschikt. De vraag welke factoren bijdragen aan het behoud van werk bij mensen met psychische stoornissen staat in dit onderzoek centraal. Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van dossiers van 135 patiënten van een psychiatrische polikliniek. Er werden aanwijzingen gevonden dat, naast een aantal gunstige persoonsgebonden factoren (een jonge leeftijd, een goede lichamelijke gezondheid en de diagnose sociale fobie), de reacties van collega's op de werknemer met betrekking tot zijn mentale toestand een belangrijke factor zijn voor het werkbehoud. Dit geldt in het bijzonder voor oudere werknemers met psychische stoornissen. In de discussie wordt uiteengezet dat psychische stoornissen door moderniseringsprocessen kunnen leiden tot uitsluiting. De gedachte dat mensen met een psychische stoornis in een arbeidsomgeving kunnen worden beschouwd als een minderheid en baat kunnen hebben bij een actief diversiteitsbeleid zou een verklaring kunnen vormen voor het gevonden belang van begripvolle reacties op het werk voor het werkbehoud. In de discussie worden aanknopingspunten voor beleid zowel op organisatieniveau als bij de individuele begeleiding van werknemers vanuit de diversiteitstheorie aangestipt.

Trefwoorden: arbeid, arbeidsongeschiktheid, psychische stoornissen, diversiteit

Inleiding

Volgens de World Health Organisation (WHO, 2001a) krijgt wereldwijd een op de vier mensen een psychische of gedragsstoornis gedurende een periode van zijn leven. In Nederland geldt dit zelfs voor 41 procent van alle mensen tussen 18 en 65 jaar (WHO, 2001b). Psychische stoornissen gaan vaak samen met een problematische arbeidsloopbaan (Alonso et.al., 2004). Van de mensen die in 2004 in de WAO terecht kwamen, werd 32 procent arbeidsongeschikt wegens psychische klachten (PZsignaal, 15 februari 2005). Dit is weliswaar een daling ten opzichte van 2001, toen het percentage arbeidsongeschikten door

psychische klachten 36 bedroeg, maar psychische arbeidsongeschiktheid beslaat nog altijd bijna eenderde van de nieuwe WAO-gevallen. Uit het Nemesis-onderzoek¹ naar psychische problematiek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat een op de vijf werkenden een diagnoseerbare psychische stoornis heeft. Vooral depressies, angststoornissen en alcoholverslavingen komen veel voor. Als niet alleen diagnoseerbare psychische stoornissen² worden meegeteld maar ook klachten zoals overspannenheid, burnout of psychische vermoeidheid, blijkt een op de drie werknemers uit het Nemesis-onderzoek psychische klachten te hebben (Laitinen-Krispijn & Bijl, 2002). Preventieve maatregelen, niet

* Inger Plaisier, Jeanne G.M. de Bruijn en Johannes H. Smit zijn verbonden aan de Faculteit Sociale Wetenschappen/Sociaal-Culturele Wetenschappen van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Correspondentieadres: De Boelelaan 1081, 1081HV Amsterdam. E-mail: I.Plaisier@fsw.vu.nl.

alleen bij het individu maar ook in de leefomgeving zoals de werksituatie, verdienen daarom aandacht (Cuijpers et al., 2003).

In dit artikel wordt een onderzoek beschreven bij werknemers die een psychische stoornis hebben. Niet de vraag welke factoren bijdragen aan het ontwikkelen van psychische stoornissen bij werknemers, maar juist de vraag hoe mensen die eenmaal een psychische stoornis hebben hun werk kunnen volhouden, staat centraal. Er is gebruikgemaakt van gegevens van in totaal 135 werkende en arbeidsongeschikte patiënten, die in behandeling zijn bij een psychiatrische polikliniek.³ Bij hen is onderzocht welke factoren een rol spelen bij het al dan niet behouden van hun werk. In de eerste paragraaf wordt de empirische context van de onderzoeksvraag beschreven. Vervolgens komen in paragraaf twee en drie de vraagstelling en de opzet van het onderzoek aan de orde en in de vierde paragraaf worden de resultaten beschreven. Conclusies uit het onderzoek worden in de vijfde paragraaf uiteen gezet. Ten slotte worden in de discussie de resultaten geplaatst in de sociologische theorievorming over modernisering, individualisering en diversiteit en worden beleidsrelevante punten voor zowel individuele begeleiders van werknemers met psychische stoornissen als voor hun arbeidsorganisaties bij het terugdringen van uitval aangestipt.

Arbeidsparticipatie door mensen met psychische stoornissen

Werknemers die wegens psychische klachten van hun werk verzuimen doen dat vaak langduriger dan mensen met lichamelijke ziekten. Reïntegratie na psychische arbeidsongeschiktheid is doorgaans minder succesvol dan bij lichamelijke aandoeningen (Dielis, 2000). Dit langdurige en moeilijk reïntegreerbare karakter van ziekteverzuim wegens psychische klachten wordt ook zichtbaar in de cijfers over de WAO-instroom. Tabel 1 toont dat in 2000 een op de drie mensen met een WAO-uitkering arbeidsongeschikt is geworden door psychische klachten. Volgens tabel 2 zijn stemmingstoornissen en aanpassingsstoornissen de meest voorkomende diagnoses.

Tabel 1 *Arbeidsongeschiktheid naar reden van afkeuring (2000)*

<i>Reden afkeuring</i>	<i>Aantal</i>
Psychische klachten, gedragsstoornissen	304.000
Klachten botspiersstelsel	264.000
Overige klachten	370.000
Totaalaantal arbeidsongeschiktheids-uitkeringen	938.000

Bron: Factsheet arbeidsuitval door psychische klachten, Nederlands Kenniscentrum Arbeid & Psyche 2003.

Tabel 2 *Lopende WAO-uitkeringen door psychische aandoeningen naar subdiagnose (1999)*

<i>Subdiagnose</i>	<i>%</i>
Stemmingsstoornis	34,0
Aanpassingsstoornis	27,6
Reactie op ernstige stress, spanningsklachten	14,6
Overige psychische stoornissen	11,9
Persoonlijkheidsstoornis	4,9
Angststoornis	4,7
Verslaving door psychoactieve middelen	2,2
Totaal nieuwe WAO-uitkeringen door psychische aandoeningen	100

Bron: Factsheet arbeidsuitval door psychische klachten; Nederlands Kenniscentrum Arbeid & Psyche 2003.

Vanuit de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2002) is daarom het streven geformuleerd om ook mensen met psychische klachten of stoornissen zo lang mogelijk in het arbeidsproces te houden:

“Arbeid is een middel van zelfverwezenlijking of sociale promotie en bij uitstek het middel om aansluiting te vinden en te houden bij maatschappelijke en economische ontwikkelingen; het schept de basis voor nieuwe contacten, nieuwe kennis, nieuwe vaardigheden op het terrein van moderne techniek. In een snelveranderende wereld vormt niet inkomen, maar arbeidsparticipatie de belangrijkste basis voor deelname aan de maatschappelijke ontwikkeling. Bescherming van arbeidsongeschiktheid daar waar dat niet strikt nodig is, oogt sociaal maar leidt tot uitschakeling uit het arbeidsproces en daarmee tot het op een

maatschappelijk zijspoor zetten van de arbeidsongeschikte. In dat opzicht vormt het activeren en ontwikkelen van de beschikbare arbeidsmogelijkheden in de eerste plaats een persoonlijk belang.”

Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid, 2001: 78.

De opvatting van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid sluit aan bij de theorie van Robert Castel (1995; 2000) over integratie- en isolatieprocessen ofwel in- en uitsluitingsprocessen. Volgens Castel vindt maatschappelijke integratie dan wel isolatie langs twee aslijnen plaats: door middel van arbeidsparticipatie en/of sociale netwerkparticipatie die elkaar deels kunnen compenseren. Bijvoorbeeld bij mensen zonder werk kan hun sociale netwerkparticipatie als vangnet fungeren voor ontbrekende arbeidsparticipatie. Castel signaleert een toenemende kwetsbaarheid en isolement van grote groepen burgers doordat beide lijnen van participatie voor hen tanende zijn: een te klein, te weinig hecht of te homogeen sociaal netwerk en tegelijkertijd een toegenomen onzekerheid op de arbeidsmarkt en afgenomen burgerschapsrechten doordat sociaalezekerheidsstelsels in de verzorgingsstaat worden geprivatiseerd. Het belang van arbeidsparticipatie voor het tegengaan van maatschappelijke uitsluiting neemt hierdoor juist toe, zeker voor mensen die door hun psychische stoornis al verhoogd kwetsbaar zijn.

Niet arbeid als oorzaak van psychische stoornissen vormt de basis voor de vraagstelling in dit artikel, het uiteindelijke doel is te zoeken naar de omstandigheden en factoren (zowel persoonlijk als binnen een arbeidscontext) die ervoor kunnen zorgen dat mensen met psychische klachten aan het werk blijven. Hiervoor is inzicht nodig in benodigdheden voor het behoud van werk bij mensen met psychische stoornissen.

Onderzoek naar factoren voor werkbehoud

In literatuur over arbeid en gezondheid wordt doorgaans ingegaan op zowel persoonlijke als omgevingsfactoren die verband houden met het ontstaan van psychische klachten bij werknemers (Houtman & de Jonge, 2003).

Ook in dit onderzoek worden zowel omgevingsfactoren als persoonlijke factoren onderzocht, met dit verschil dat het hier een groep werknemers betreft die al een psychische stoornis heeft. De mogelijkheden voor het behoud van werk bij mensen met psychische stoornissen kunnen worden beïnvloed door persoonsgebonden factoren die niet door beleidsmaatregelen kunnen worden veranderd. Deze persoonsgebonden factoren zijn onder andere de aard van de klachten, de leef- tijd, sekse en lichamelijke gezondheid.

Een voor de hand liggende omgevingsfactor die een rol zou kunnen spelen bij psychische arbeidsongeschiktheid en die wel beïnvloedbaar is door beleidsmaatregelen, is het werk zelf. Naast inhoudelijke aspecten van het werk, zoals de taakeisen, het niveau van de functie en het carrièreperspectief, worden ook werkbeleving en sociale steun op het werk gezien als factoren die het welzijn op het werk en het ontstaan van werkstress beïnvloeden. Hoewel in de meeste literatuur het ontstaan van psychische klachten bij gezonde werknemers wordt beschreven, lijken de modellen juist ook van toepassing bij mensen die al een psychische stoornis hebben en extra kwetsbaar zijn voor arbeidsuitval. Karasek & Theorell (1990) hebben in hun *Demand-Control*-model, waarbij het samengaan van hoge taakeisen met weinig autonomie een combinatie is die tot werkontevredenheid en werkstress leidt, de bufferfunctie van sociale steun op het werk hierin erkend. Volgens het WEB-model (Werkstress-Energiebronnen-Burnout-model, zie Bakker et al., 2000) hebben sociale steun en werkbeleving min of meer autonome functies die tegenhangers vormen voor stressveroorzakende factoren zoals werkdruk.

Voor mensen met een psychische stoornis zouden de werkbeleving en sociale steun op het werk mogelijk een rol kunnen spelen bij het volhouden van het werk. De veronderstelling is dat een werknemer met een psychische stoornis maar met een hoge tevredenheid met het werk, wat betreft zowel de inhoud van het werk als de plek en collega's, zijn werk beter kan volhouden dan bij een lage werktevredenheid. Naast de werkbeleving zal ook worden onderzocht of sociale steun op het werk juist bij mensen met een (al dan niet werkgerelateerde) psychische stoornis

nis belangrijk is. Te denken valt aan de wijze waarop collega's reageren op de werknemer met een psychische stoornis. In een bedrijfscultuur waar klachten van psychische aard bespreekbaar zijn, zullen benodigde werkaanpassingen eerder kunnen worden bewerkstelligd dan in een bedrijfscultuur waar het (psychisch) welzijn weinig of geen aandacht krijgt of zelfs taboe is. De mate waarin werknemers onderling, en leidinggevend met hun werknemers, over hun psychisch welzijn communiceren en begripvol reageren, zou daarom invloed kunnen hebben op de mogelijkheid voor een werknemer met een psychische stoornis het werk vol te houden. De gedachte dat begripvolle reacties op het werk een rol spelen bij het in het arbeidsproces houden van mensen met psychische stoornissen, sluit min of meer aan bij bevindingen van Nauta en van Sloten (2004). Zij hebben in hun onderzoek onder Nederlandse werknemers met psychische klachten aangetoond dat een goede relatie tussen werknemer en leidinggevende, waarin voldoende vertrouwen is om problemen te bespreken en aan te pakken, arbeidsongeschiktheid helpt voorkomen. Ook in recent Zwitsers onderzoek (Rüesch et al., 2004) werd ondersteuning gevonden voor de gedachte dat juist mensen met een psychische stoornis baat hebben bij steunende, begripvolle relaties met collega's.

In de patiëntendossiers die voor dit onderzoek ter beschikking stonden, werden aansprekende voorbeelden gevonden waarin het belang van het onderlinge contact tussen collega's en vooral van begripvolle reacties op het werk naar voren kwam. Een van de voorbeelden is een werkneemster die door een sociale fobie⁴ erg angstig was voor teamvergaderingen. Dit probleem werd besproken met haar teamleider en als oplossing bedachten zij samen dat de werkneemster ging notuleren, zodat zij tijdens de vergadering houvast had aan een taak en daardoor minder onzeker en angstig was. Een ander voorbeeld betrof een werknemer met een dwangstoornis die vertelde dat hij door plagerijen van collega's over zijn vermeende homoseksualiteit nog sterker last kreeg van zijn dwangklachten, waardoor arbeidsongeschiktheid in het verschiet lag. Enige sociale steun van zijn collega's en begrip voor de effecten van hun pesterijen zouden dit kunnen voorkomen. Deze voor-

beelden en de beschreven onderzoeksresultaten in de literatuur geven daarom mede aanleiding om de bijdragen van sociale steun in de vorm van begripvolle reacties op het werk nader te onderzoeken.

Samenvattend luiden de onderzoeksvragen:

- 1 Welke *persoonsgebonden factoren* spelen bij het werkbehoud van mensen met psychische stoornissen een rol?
- 2 Welke *factoren op het werk* spelen bij het werkbehoud van mensen met psychische stoornissen een rol?
 - a Zijn er aanwijzingen dat mensen met psychische stoornissen en die werken meer *tevreden zijn met het werk* dan mensen die arbeidsongeschikt zijn?
 - b Zijn er aanwijzingen dat mensen met psychische stoornissen en die werken meer *begripvolle reacties van collega's op het werk* krijgen dan mensen die arbeidsongeschikt zijn?

Methode van onderzoek

Respondenten

Voor het empirisch onderzoek waren dossiers beschikbaar van een polikliniek van een psychiatisch ziekenhuis.⁵ Ons steekproefkader bestaat uit 200 respondenten die zich in 2002 hebben aangemeld voor behandeling bij de polikliniek. Van deze groep heeft 94 procent de Nederlandse nationaliteit. Voor ons dossieronderzoek zijn meegenomen de werkende respondenten (N= 92, van wie 87 mensen met betaald werk van 15 uur of meer, en 5 zelfstandig werkenden) en de arbeidsongeschikte respondenten (N= 43, van wie 31 mensen met een WAO- en 12 met een ZW-uitkering). In totaal zijn 92+43=135 respondentdossiers meegenomen in de analyse (voor een overzicht zie tabel 3, geselecteerde categorieën vetgedrukt).

Dataverzamelingsprocedure

Tijdens de intakeprocedure van nieuwe patiënten worden veel gegevens vastgelegd in hun persoonlijke dossiers. Het betreffen persoonsgegevens, gegevens over lichamelijke en psychische gezondheid en sociale en familiale netwerken. De intakeprocedure is grotendeels gestandaardiseerd. Naast een intakegesprek en een gestandaardiseerd interview

Tabel 3 De variabele 'werkbehoud'

Werksituatie van patiënten	N	%
Betaald werk, 15 uur of meer	87	43,5
Arbeidsongeschikt (WAO, AAW)	31	15,5
Werkloos/werkzoekend/wachtgeld na verlies werkkring	18	9,0
Scholier, student	15	7,5
Ziektewet	12	6,0
Werk in eigen huishouden	10	5,0
Werkzaam als vrijwilliger	10	5,0
Betaald werk, maar minder dan 15 uur per week	6	3,0
Zelfstandig	5	2,5
Gepensioneerd, in de VUT	2	1,0
Onbekend	4	2,0
Totaal	200	100
Totaalaantal mensen met werk of uitkering WAO/ZW	135	67,5

wordt ook een zelfbeoordelingvragenlijst afgenomen. De diagnose wordt vastgesteld door middel van een diagnostisch onderzoek waarvoor de SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) wordt gebruikt.

Variabelen

In dit onderzoek vormt *werkbehoud* de dichotome afhankelijke variabele, met de waarden *werkend* (bij 15 uur of meer betaald werk per week, score 1) en *arbeidsongeschikt* (als er sprake is van WAO of Ziektewet, score 0).

De onafhankelijke variabelen zijn (a) de persoonsgebonden factoren en (b) de factoren op het werk, voortkomend uit de onderzoeksvragen 1 en 2. De *persoonsgebonden factoren* die worden onderzocht op hun samenhang met het werkbehoud van werknemers met een psychische stoornis zijn *seks*, *leeftijd*, *burgerlijke staat* (wel of niet gehuwd), *opleidingsniveau*, *lichamelijke gezondheid*, en gestelde *diagnose* van de psychiatrische stoornis van de respondent. De variabele *leeftijd* bestaat uit vijf leeftijdscategorieën van elk 10 jaar, zoals ook in overig vergelijkbaar onderzoek gebruikelijk is (o.a. Nemesi). Het *opleidingsniveau* is geoperationaliseerd in vier categorieën, van lager onderwijs (score 1) tot hbo/wo (score 4). De variabele *lichamelijke gezondheid* onderscheidt mensen die op grond van een lichamelijke ziekte verminderd functioneren en mensen die geen lichame-

lijke (maar wel een psychische) ziekte hebben die tot verminderd functioneren leidt. Deze variabele is samengesteld uit twee vragen, namelijk een vraag naar de aanwezigheid van lichamelijke ziekten en een vraag naar de subjectieve gezondheid. Het hebben van een lichamelijke ziekte hoeft niet per definitie te leiden tot klachten die het functioneren verminderen, zoals het geval kan zijn bij een hoge bloeddruk of suikerziekte. Daarom worden mensen met lichamelijke ziekte én een slechte subjectieve lichamelijke gezondheid in onze analyse gecategoriseerd als respondenten met een *slechte lichamelijke gezondheid*. Alle andere respondenten hebben we als *lichamelijk gezond* gedefinieerd, onder wie respondenten met lichamelijke ziekte maar die niettemin hun gezondheid goed vinden, en respondenten met juist een slechte subjectieve gezondheidsbeleving zonder dat daarvoor een duidelijk lichamelijke oorzaak bekend is. De variabele *diagnose* is geconstrueerd op grond van de meest voorkomende diagnoses. Dat resulteerde in vijf groepen psychische stoornissen, namelijk depressieve stoornissen, drie groepen angststoornissen te weten de paniekstoornissen, de sociale fobie en overige angststoornissen, en nog een restcategorie psychische stoornissen die niet onder angst of depressieve stoornissen gerekend worden (zoals psychoses, eetstoornissen).⁶

Factoren op het werk worden geoperationaliseerd met de twee subvariabelen *werkbeleving* en *reacties op het werk*, voortkomend uit de subvragen 2a en 2b. De subvariabelen zijn geconstrueerd op basis van schriftelijke zelfbeoordelingsvragen. De variabele *reacties op het werk* heeft de waarden begripvol en niet begripvol.⁷ Voor de variabele *werkbeleving* is gebruikgemaakt van een schaal die is opgebouwd uit vragen naar waardering van het werk, de waardering van de werkplek en de aanwezigheid van problemen op het werk.

Analyse

Om de samenhang van de verschillende persoons- en werkgerelateerde variabelen met de afhankelijke variabele werkbehoud te onderzoeken is gebruik gemaakt van Chi-kwadraat toetsen bij categorische variabelen en van t-toetsen bij continue variabelen. Hierna hebben we met behulp van logistische regressie-

analyse de belangrijkste determinanten en hun mogelijke interactie-effecten van de variabele werkbehoud onderzocht. Omdat we op grond van onze vooronderstellingen verwachten hebben voor de richting van het verband hebben we eenzijdig getoetst, met een significantieniveau van 95 procent ($\alpha = 0,05$).

Resultaten

Uit de gegevens van de 135 respondentdossiers bleek dat vrijwel alle respondenten ofwel een depressieve stoornis ofwel een angststoornis als diagnose hebben (93 procent). Opvallend is dat bijna de helft van de respondenten naast een psychische stoornis ook lichamelijke gezondheidsproblemen meldt.

De analyse van de eerste onderzoeksvraag (welke persoonsgebonden factoren spelen een rol bij het werkbehoud van mensen met psychische stoornissen?) levert de volgende resultaten op. De persoonsgebonden variabelen lichamelijke gezondheid, leeftijd en de diagnose sociale fobie vertonen een significant verband met de afhankelijke variabele werkbehoud. Met andere woorden: mensen met een goede lichamelijke gezondheid hebben ondanks hun psychische stoornis vaker hun werk behouden dan mensen met een psychische stoornis maar met een slechte lichamelijke gezondheid. Ook vonden we een sterke samenhang tussen leeftijd en werkbehoud van de patiënt. Jonge werknemers met een psychische stoornis zijn vaker aan het werk dan oudere werknemers met een psychische stoornis.⁸ Opvallend is wel dat werknemers met psychische stoornissen in de leeftijdsgroep van 25 tot 34 jarigen vaker arbeidsongeschikt zijn dan mensen uit de leeftijdscategorieën daarboven en daaronder. De bevinding dat mensen tussen 25 en 35 een relatief vaak arbeidsongeschikt zijn komt overeen met de landelijke cijfers waaruit blijkt dat in deze leeftijdscategorie de arbeidsongeschiktheid door psychische klachten relatief hoger is dan in andere leeftijdsgroepen, en dat deze leeftijdscategorie de enige is waarin de instroom in de WAO nog steeds stijgt (*PZsignaal*, 15 februari 2005). In de leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar daalt het werkbehoud. Het percentage mensen met een psychische stoornis die hun

werk niet hebben kunnen behouden neemt dan flink toe.

Opmerkelijk is dat, hoewel er in percentages wel meer vrouwen dan mannen arbeidsongeschikt zijn, er in dit databestand geen significant verband blijkt te zijn tussen sekse en werkbehoud. Mannen met psychische stoornissen zijn niet vaker of minder vaak aan het werk dan vrouwen met psychische stoornissen. Wel blijken mensen met een psychische stoornis die gehuwd zijn iets vaker aan het werk te zijn dan ongehuwden, maar het is statistisch geen significant verschil. Opmerkelijk is de samenhang tussen de diagnose sociale fobie en werkbehoud. Werkbehoud komt vaker voor bij mensen met een sociale fobie (een extreme angst voor sociale situaties zoals spreken of eten in het openbaar) dan bij mensen met een andere psychiatrische stoornis. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de persoonsgebonden factoren in relatie tot het werkbehoud.

De tweede onderzoeksvraag luidde: *Welke factoren op het werk spelen bij het werkbehoud van mensen met psychische stoornissen een rol?* De resultaten van de analyse worden gepresenteerd in tabel 5. De interne consistentie van de schaal voor werkbeleving was 0.65 (cronbachs alfa). De helft van de mensen met psychische stoornissen geeft aan problemen op het werk te hebben. Opmerkelijk is bovendien de tamelijk negatieve beoordeling van het werk, 43 procent van het totale aantal mensen waardeert het werk niet positief. Onder de werkenden waardeert een derde het werk niet positief. De veronderstelling dat mensen met psychische stoornissen die tevreden zijn met hun werk beter in staat zijn het werk te behouden, kan niet worden bevestigd. Een statistisch significant verband tussen de werkbeleving en de arbeidsgeschiktheid wordt niet aangetoond. Door de werkbeleving niet als schaal maar de items als losse factoren van werkbeleving te beschouwen, wordt toch duidelijk dat meer mensen nog aan het werk zijn naarmate er meer (cumulatieve) positieve factoren (waardering van het werk en de werkplek, en minder problemen op het werk) voor de werkbeleving aanwezig zijn, zoals in tabel 5 is te zien.⁹

Tabel 4 *Persoonsgebonden factoren en werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen*

<i>Persoonsgebonden factoren</i>	<i>Werkend % (n)</i>	<i>Arbeidsongeschikt % (n)</i>
Totaal	68,1 (92)	31,9 (43)
<i>Sekse</i>		
Mannen	71,4 (35)	28,6 (14)
Vrouwen	66,3 (57)	33,7 (29)
<i>Leeftijd**</i>		
18 - 24	83,3 (10)	16,7 (2)
25 - 34	70,6 (24)	29,4 (10)
35 - 44	78,6 (33)	21,4 (9)
45 - 54	57,6 (19)	42,4 (14)
55 - 64	42,9 (6)	57,1 (8)
<i>Burgerlijke staat*</i>		
Gehuwd	78,1 (25)	21,9 (7)
Niet gehuwd	65,1 (67)	34,9 (36)
<i>Opleidingsniveau</i>		
Lager onderwijs	66,7 (2)	33,3 (1)
Lbo,mavo,vmbo	66,7 (24)	33,3 (12)
Mbo,havo,vwo	72,1 (31)	27,9 (12)
Hbo, Wetenschappelijk Onderwijs	64,0 (32)	36,0 (18)
<i>Diagnose</i>		
Depressieve stoornis	70,5 (31)	29,5 (13)
Paniekstoornis	71,0 (22)	29,0 (9)
Sociale fobie**	85,7 (18)	14,3 (3)
Overige angststoornis	64,7 (11)	35,3 (6)
Overige stoornis	45,5 (10)	54,6 (12)
<i>Lichamelijke gezondheid**</i>		
Goed	81,3 (61)	18,3 (14)
Niet goed	51,0 (27)	49,0 (26)

* 0,10< p >0,05; ** p<0,05

N.B. door item non-respons tellen niet alle getallen op tot 135.

Tabel 5 *Relatie tussen werkfactoren en werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen*

<i>Werkkenmerken</i>	<i>Werkend % (n)</i>	<i>Arbeidsongeschikt % (n)</i>
Totaal	68,1 (92)	31,9 (43)
<i>Werkproblemen</i>		
Geen problemen op het werk	72,4 (42)	27,6 (16)
Wel problemen op het werk	68,2 (45)	21,8 (21)
<i>Waardering van het werk</i>		
Positief	75,0 (54)	25,0 (18)
Niet positief	64,8 (35)	35,2 (19)
<i>Waardering van de werkomgeving</i>		
Positief	73,8 (48)	26,2 (17)
Niet positief	67,7 (42)	32,3 (20)
<i>Werkbeleving</i>		
0 factoren	64,3 (18)	35,7 (10)
1 factor	66,7 (20)	33,3 (10)
2 factoren	70,4 (19)	29,6 (8)
3 factoren	77,8 (28)	22,2 (8)
<i>Reacties op het werk** (n = 128)</i>		
Begripvol	77,8 (42)	22,2 (12)
Niet begripvol	60,8 (45)	29,2 (29)

* 0,10< p >0,05; ** p<0,05

NB: door item non-respons tellen niet alle getallen op tot 135.

Er is een opvallend verband tussen de *reacties op het werk* en het *werkbehoud*. Het blijkt dat mensen met psychische stoornissen en met werkbehoud meer *begripvolle reacties op het werk* ervaren dan mensen die arbeidsongeschikt zijn geworden (onderzoeksvraag 2b.) Als mensen met een psychische stoornis zelf de reacties op het werk als begripvol ervaren, zijn zij vaker aan het werk.

Vervolgens doet zich de vraag voor of er mogelijk sprake is van een *interactie-effect* tussen de persoonsgebonden factoren (leeftijd, lichamelijke gezondheid en de diagnose sociale fobie) en de factoren op het werk. We vonden een interactie-effect van *leeftijd* op het verband tussen *reacties op het werk* en *werkbehoud*. Een logistische regressieanalyse toont aan dat het hoofdeffect van reacties op het werk op het werkbehoud niet significant is. Daarentegen blijkt er wel een interactie te zijn van *reacties op het werk* met *leeftijd*. Hoe ouder de persoon, hoe belangrijker de reacties van anderen op zijn werk zijn voor het werkbehoud. Zijn die reacties negatief, dan neemt de kans toe dat oudere werknemers het werk niet volhouden. Omgekeerd, wanneer de oudere werknemer met psychische stoornissen de reacties op zijn werk als

positief ervaart, neemt de kans toe dat de oudere werknemer met psychische stoornissen het werk volhoudt. In tabel 6 zijn de uitkomsten gepresenteerd van de logistische regressieanalyse, waarin we ons beperken tot de weergave van significante resultaten.

Samenvattend hebben we nu laten zien dat er in dit onderzoek vijf variabelen/factoren geïdentificeerd zijn voor mensen met psychische stoornissen om optimaliseringsmogelijkheden voor werkbehoud in zich dragen. Een leeftijd jonger dan 45 jaar, een goede lichamelijke gezondheid, en een sociale fobie als hoofddiagnose zijn persoonsgebonden factoren die de kans op werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen vergroten. De werkfactoren zijn een positieve werkbeleving (dat wil zeggen geen werkproblemen en tevreden met het werk en de werkomgeving) en begripvolle reacties van anderen op het werk. Vervolgens zijn we het cumulatieve effect van deze vijf factoren nagegaan. En daar bleek dat de 14 respondenten met psychische stoornissen waarop vier of meer van deze kenmerken van toepassing waren, allemaal nog aan het werk waren (tabel 7).

Tabel 6 *Leeftijd, reacties op het werk en de interactie van leeftijd en reacties op het werk*

	Behoud van werk
	Odds ratio (95% betrouwbaarheidsinterval)
Leeftijd	0,916 (0,867–0,986)*
Reacties op het werk	0,562 (0,231–1,364)
Leeftijd* reacties op het werk	0,899 (0,822–0,983)*

* p<0,05

Tabel 7 *Factoren voor werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen (n = 122)*

Aantal positieve factoren voor werkbehoud (leeftijd<45, goede gezondheid, de diagnose sociale fobie, positieve werkbeleving en begripvolle reacties op het werk)	Arbeidsgeschiedt	Ziektewet of WAO
0 factoren	3 25,0%	9 75,0%
1 factor	11 47,8%	12 52,2%
2 factoren	32 78,0%	9 22,0%
3 factoren	24 75,0%	8 25,0%
4 factoren	13 100,0%	- 0,0%
5 factoren	1 100,0%	- 0,0%
Totaal	84 69,7%	38 30,3%

Conclusies uit het empirisch onderzoek

Ondanks de beperkingen van het hier gepresenteerde onderzoek, met name de slechts beperkte beschikbare gegevens over de werksituatie, zijn er niettemin aanwijzingen gevonden voor factoren die een rol spelen bij het werkbehoud bij mensen met psychische stoornissen. Uit het onderzoek blijken de persoonsgebonden factoren leeftijd en lichamelijke gezondheid duidelijk samen te hangen met werkbehoud. Deze bevindingen verwonderen niet. Eveneens blijkt dat gehuwden in deze steekproef iets vaker aan het werk zijn dan mensen die niet gehuwd zijn. Dit komt overeen met bevindingen voor werknemers zonder psychische stoornissen (o.a. Stelten & Copinga, 2003). Er lijkt enige ondersteuning te zijn voor de gedachte dat mensen met een psychische stoornis die gehuwd zijn ondersteuning van hun partner krijgen, waardoor zij langer in staat zijn te blijven werken. Mensen met een sociale fobie als belangrijkste psychische stoornis blijken vaker aan het werk te zijn dan mensen met andere diagnoses. Wellicht is een verklaring hiervoor dat werkende mensen met een sociale fobie meer last hebben van de stoornis dan niet-werkenden en daarom eerder om hulp vragen. In een werksituatie kunnen sociale situaties die angstig maken niet zo gemakkelijk uit de weg worden gegaan. Extreme verlegenheid of sociale angst kan bijvoorbeeld promotie op het werk in de weg staan.

Wat betreft de werkfactoren zijn de *werkbeleving* en de *reacties op het werk* in verband te brengen met werkbehoud. Een goede werkbeleving is bij mensen met een psychische stoornis wel een positieve factor om aan het werk te blijven. Overtuigender wordt met dit onderzoek aangetoond dat begripvolle reacties op het werk een positief effect hebben op het werkbehoud, en dit effect wordt belangrijker naarmate de werknemers ouder zijn. Met andere woorden: werknemers met psychische stoornissen lopen meer risico om arbeidsongeschikt te raken naarmate hun leeftijd hoger is, maar als zij sociale steun op het werk krijgen in de vorm van begripvolle reacties van collega's wordt de kans op werkbehoud groter. De bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek waarin het belang van sociale relaties op het werk werd bevestigd (Nauta en van Sloten,

2004; Rüesch et al., 2004). Dit onderzoek voegt daar de factor levensfase aan toe, in die zin dat het belang van sociale relaties op het werk bij mensen met psychische stoornissen toeneemt met de leeftijd van de werknemer.

Discussie en aanknopingspunten voor beleid

Eerdere onderzoeken op het terrein van arbeid en psychisch welbevinden zijn veelal uitgevoerd vanuit een medisch of psychologisch perspectief. In dit artikel wordt het vraagstuk psychische arbeidsongeschiktheid vanuit een sociologisch perspectief benaderd en wordt de nadruk gelegd op factoren in de arbeidscontext die gedurende de arbeidslevensloop bij dit vraagstuk een rol spelen.

Moderniseringsthese

In sociologische literatuur over modernisering en individualisering (o.a. Castel, 1995; Rose, 1996; Sennett, 1998) wordt verondersteld dat het hoge tempo van het moderne leven en de toenemende individualisering zouden leiden tot meer stress en psychische klachten. Er worden steeds hogere eisen aan werknemers gesteld, op het gebied van vaardigheden en kennis maar ook wat betreft zelfreflectie, het maken van keuzes en het beheersen van emoties (Van der Loo & Van Reijen, 1997). Werknemers worden geacht verantwoordelijke, verstandige, standvastige, aangepaste en zichzelf verwezenlijkende burgers te zijn (Rose, 1996). Dit maakt het extra moeilijk voor mensen met een psychische stoornis zich op het werk staande te houden. Een toename van het aantal werknemers die hulp zoeken wegens psychische klachten lijkt deze hypothese te bevestigen.

Een bijzondere consequentie van de modernisering (in casu flexibilisering) van de organisatie van arbeid is beschreven door Richard Sennett (1998). Hij baseert zich op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten die als trendsetend voor Europa worden beschouwd. De flexibele economie van de jaren negentig heeft tot gevolg gehad dat werknemers meer inwisselbaar zijn geworden en dat hun toekomst door tijdelijke contracten onzekerder werd. Het gevoel inwisselbaar te zijn veroorzaakt volgens Sennett 'a corrosion of character' bij werknemers (1998).

Hutschemaekers (2000) wijst op de tijds- en cultuurgebondenheid van geestelijke gezondheid. Veel meer dan algemene gezondheid hangt geestelijke gezondheid volgens hem samen met sociologische variabelen als tijd en cultuur. Daarmee sluit hij aan bij het werk van Foucault. Foucault (1963) zocht de oorzaken voor toenemende (geestelijke) afwijkendheid in de moderne tijd in het langetermijnnormaliseringsproces. Volgens hem leidt de classificatiedrang van de medische wetenschap tot een steeds preciezer onderscheid tussen gezond en ongezonder, tussen geestelijk normaal en niet normaal. Het steeds preciezer beschrijven van bepaalde fenomenen in eenduidige termen maakt (psychische) ziektebeelden beter en vroeger herkenbaar en daardoor (sneller) behandelbaar. Deze verbeterde kennis leidt echter ook tot meer macht bij professionals om mensen te classificeren als ziek of gezond, als normaal of abnormaal. Dat wat afwijkt van de norm dient te worden gecorrigeerd door behandeling.

Of in moderne samenlevingen nu daadwerkelijk steeds meer mensen psychisch ziek worden, zoals cijfers laten zien, wordt ook betwijfeld (Hutschemaekers, 2000). Mensen worden door overdracht van kennis over gezondheid en welzijn zelf *protoprofessionals* en zoeken sneller en meer hulp voor hun klachten (De Swaan, 1988). Wat vroeger bij het leven hoorde is nu ziek en behandelbaar. Hier gaat een zekere dwang vanuit. Van mondige moderne mensen wordt ook verwacht dat zij zelf hulp voor hun gezondheidsproblemen inschakelen. Psychische gezondheid wordt beschouwd als een actieve verantwoordelijkheid van het individu zelf. In deze ontwikkeling schuilt ook een gevaar. Psychische stoornissen kunnen beschouwd gaan worden als een gevolg van individueel falen in plaats van iets wat mensen overkomt als gevolg van een samenloop van omstandigheden. Individuele verantwoordelijkheid voor psychische gezondheid kan de plaats innemen van een meer gedeelde zorg voor de psychische gezondheid van mensen. Een werknemer die niet aan de norm 'psychisch gezond' kan voldoen, heeft dan een individueel probleem waarvoor hij zelf een oplossing dient te vinden en waarvoor collega's en leidinggevenden zich niet medeverantwoordelijk zullen voelen. Hierdoor lopen werknemers met psychische stoornissen een

verhoogd risico op uitsluiting door bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid.

Diversiteit

Het streven om mensen met psychische klachten of stoornissen aan het werk te houden kan worden beschouwd als beleid in antwoord op normaliseringsprocessen ten gevolge van modernisering. Normalisering maakt duidelijk wat afwijkend is. Dit kan in een arbeidsomgeving leiden tot uitsluiting van diegene die afwijkt. Analooq aan leeftijd, sekse en etnische afkomst kunnen ook psychische stoornissen in de arbeidssituatie de mate van het anderszijn bepalen. Een actief diversiteitsbeleid¹⁰ is gericht op het wegnemen van toekenning van betekenis aan 'afwijken van de norm', vooral in groepsverband. Met een diversiteitsbeleid wordt gestreefd naar een arbeidsomgeving waarin ruimte is voor diversiteit aan werknemers, niet alleen in termen van leeftijd, gender en etniciteit, maar ook in termen van lichamelijke en psychische handicaps (Thomas, 1995).

Volgens Triandis (1995) staat bij de bestudering van diversiteit de mate waarin overeenkomsten van zichzelf met de ander worden waargenomen centraal. De mate waarin deze overeenkomsten worden waargenomen, hangt af van de context en de grootte van de verschillen. In een kosmopolitische omgeving waarin mensen variëren in taal, kleding, religie of huidskleur is de ruimte waarbinnen de ander wordt ervaren als 'een van ons' groter dan in een homogene sociale omgeving. Als de verschillen tussen een min of meer homogene groep en de uit de toon vallende ander erg groot zijn, zal het moeilijker zijn die ander als groepslid te beschouwen. In organisaties met een grote diversiteit aan psychische habitus is iemand met een psychische stoornis minder opvallend 'anders' dan in een organisatie met een grote homogeniteit wat betreft psychische habitus. Het waarnemen van juist de overeenkomsten tussen verschillende groepen mensen kan leiden tot het ontwikkelen van *isomorfe attributies*. Onder *isomorfe attributies* wordt het toekennen van dezelfde betekenissen aan gedrag van personen uit verschillende groepen verstaan (Triandis, 1995). In de diversiteitstheorie van Triandis is de mate waarin *isomorfe attributies* ontwikkeld worden tussen groepen

(werknemers) belangrijk voor het succesvol integreren in een (werk)omgeving. *Isomorfe attributies* bij werknemers met psychische klachten zouden kunnen ontstaan als werknemers met psychische stoornissen de oorzaak van hun gedrag of werkaanpassingen aan collega's weten uit te leggen. De mogelijkheid om psychische klachten te bespreken kan een zekere mate van herkenning opleveren. Daarnaast zou de aandacht ook kunnen worden gevestigd op de gezonde kanten in het functioneren van de werknemer met psychische klachten. Zodoende kan het inlevingsvermogen wederzijds worden bevorderd, waardoor misinterpretaties van gedragingen kunnen worden voorkomen. Daardoor zien collega's bijvoorbeeld in dat werkaanpassingen zoals flexibele werktijden of een verlichting van de taaklast noodzakelijk zijn en geen voortrekkerij door de leidinggevende. Het ontwikkelen van *isomorfe attributies* kan leiden tot meer begripvolle reacties op het werk en kan de sociale afstand tussen een werknemer met een psychische stoornis en collega's verkleinen, waardoor de werknemer met een psychische stoornis beter in staat is het werk vol te houden.

Een actief diversiteitsbeleid op organisatieniveau zou een bijdrage kunnen leveren aan het behoud van werk bij mensen met een psychische stoornis. Op het individuele niveau zouden verzuimbegeleiders, bedrijfsartsen en leidinggevers en ook individuele behandelaren in de ggz aandacht kunnen hebben voor de manier waarop er op het werk door werknemer en collega's wordt gereageerd op de psychische klachten. Voor een individuele behandeling van de werknemer met een psychische stoornis zou dit kunnen inhouden dat er niet alleen aandacht is voor het bestrijden van de stoornis zelf, maar dat de behandeling zich ook richt op het trainen van sociale vaardigheden in werksituaties, met het doel het ontwikkelen van isomorfe attributies op het werk te stimuleren en de werknemer te leren hoe hij meer begrip in de (werk)omgeving kan krijgen voor zijn (tijdelijk veranderde) functioneren.

Voor nader onderzoek naar factoren voor werkbehoud bij werknemers met een psychische stoornis lijkt de diversiteitstheorie en de rol van isomorfe attributies een goede invalshoek te zijn. De betekenis van sociale relaties

op het werk voor werkbehoud is ook in lijn met de theorie van Castel (1995, 2000) waarin hij stelt dat sociale inbedding in de vorm van arbeid belangrijker wordt naarmate processen van individualisering en flexibilisering voortschrijden. Dat geldt zeker ook voor mensen met psychische stoornissen die kwetsbaar zijn en daardoor een verhoogd risico lopen maatschappelijk op een zijspoor te raken.

Noten

1. Nemesis (The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is uitgevoerd onder de Nederlandse bevolking met herhaalde metingen bij dezelfde personen. De metingen hebben plaatsgevonden in 1996, 1997 en 1999. Het aantal werkenden bedroeg respectievelijk 4.783, 3.810 en 3.348 respondenten. Zie Laitinen-Krispijn & Bijl, 2002.
2. Onder diagnosticeerbare psychische stoornissen worden die stoornissen verstaan die voldoen aan de criteria volgens de DSM-IV, het classificatiesysteem voor psychische stoornissen van de American Psychiatric Association.
3. Deze gegevens zijn afkomstig van AMSTAD, de Amsterdamse Studie naar Angst en Depressie. Het betreft hier geanonimiseerd dossieronderzoek op geaggregeerd niveau.
4. Een sociale fobie is een angststoornis waarbij men duidelijk angstig (en angstiger dan de meeste mensen) is voor bepaalde sociale situaties, zoals spreken of eten in het openbaar.
5. Het betreft hier geanonimiseerd dossieronderzoek op geaggregeerd niveau.
6. Onder depressieve stoornis wordt verstaan een huidige depressieve episode in het kader van een depressieve stoornis of een bipolaire stoornis, of dysthymie. Een paniekstoornis is een angststoornis met paniekaanvallen en/of agorafobie waarbij die gekoppeld is aan de angst om op bepaalde plaatsen of aan bepaalde situaties niet te kunnen ontsnappen (niet door posttraumatische stress of sociale fobie). Een sociale fobie is een angststoornis waarbij men duidelijk angstig (en angstiger dan de meeste mensen) is voor bepaalde sociale situaties, zoals spreken of eten in het openbaar. Onder overige angststoornissen worden onder andere een posttraumatische stressstoornis, een generaliseerde angststoornis en een obsessief-compulsieve stoornis (dwangstoornis) gerekend. Overige stoornissen kunnen zijn: verslavingsproblematiek of psychotische stoornissen.
7. De variabele reacties op het werk wordt geoperationaliseerd door drie vragen. De eerste is de

vraag hoe de omgeving reageert op de klachten van de cliënt die op een 5-punts Likertschaal van 'zeer begripvol' tot 'zeer afwijzend' kan worden beantwoord. De vraag werd opnieuw gecodeerd. De categorieën 'zeer begripvol' en 'begripvol' kregen de code 1, 'begripvol', de categorieën 'neutraal', 'afwijzend' en 'zeer afwijzend' kregen code 2 'niet begripvol'. Het tweede deel van de vraag bestaat uit de mogelijkheid tot een toelichting op het gegeven antwoord. Opmerkingen die bij de toelichting worden geschreven die betrekking hebben op de werksituatie werden opnieuw gecodeerd. Zo leidt bijvoorbeeld de opmerking 'thuis word ik begrepen, maar op mijn werk snapt men het niet' tot een hercodering van het antwoord tot de waarde 2.

- 8 $P = 0,003$. De gemiddelde leeftijd van de werknemers was 38,23 jaar ($SD = 9,64$) en bij de arbeidsongeschikten was deze 43,40 ($SD = 10,55$).
- 9 Het begrip werkbeleving werd geconstrueerd uit drie variabelen, te weten werktevredenheid, tevredenheid met de werkplek en problemen op het werk. Voor de werktevredenheid en tevredenheid met de werkplek werd gebruikgemaakt van de vragen 'Hoe bevalt/beviel het werk u?' en de vraag 'Hoe bevalt/beviel de werkplek u?', die beide op een 6-punts Likertschaal kon worden beantwoord met de antwoordcategorieën 'zeer goed' tot 'zeer slecht'. Naar verwachting werd er in de vragenlijst sociaal wenselijk geantwoord. Mensen die tevreden zijn over hun werk zullen deze vraag met 'goed' tot 'zeer goed' beantwoorden. Bij de categorie 'redelijk' is sprake van enige kritiek, wat mogelijk wijst op onvrede. Daarom werden de antwoorden 'goed' en 'zeer goed' gecodeerd als 'positief' en de antwoorden 'redelijk', 'slecht' en 'zeer slecht' als 'negatief' voor de werkbeleving. De vraag 'Zijn of waren er specifieke problemen op het werk?', die met ja of nee kon worden beantwoord, werd gebruikt als instrument voor de variabele problemen op het werk.
- 10 De diversiteitstheorie richt zich vooral op arbeidsorganisaties en handelt over verschillen en overeenkomsten tussen groepen, niet alleen op basis van culturele herkomst maar ook op basis van gender, leeftijd of handicaps (Thomas, 1995). Centraal in de theorie over diversiteit staan de sociale identiteit en het contact tussen verschillende groepen mensen. De sociale identiteit is gebaseerd op gedrag, posities en rollen die behoren bij sociale categorieën. Individuen ontleen een sociale identiteit aan de sociale categorieën waartoe zij zichzelf rekenen (Tsui et al., 1995).

Literatuur

- Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). *Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Advies van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: APE.
- Alonso, J. et al., ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 420, 38-46.
- Bakker, A., W. Schaufeli & D. van Dierendonck (2000). Burnout: prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In: I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli, & T. Taris. *Psychische vermoeidheid en werk. Cijfers, trends en analyses* (pp. 65-82). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Castel, R. (1995). *Les metamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- Castel R. (2000). The Roads to disaffiliation: Insecure Work and Vulnerable Relationships. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24 (3), 519-535.
- Cuijpers, P., E. Bohlmeijer, A.T.F. Beekman & F. Smit (2003). GGZ-Preventie: nu en in de toekomst. *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*, 58 (11), 1036-1048.
- Dielis, L. (2000). Werkaanpassing bij psychische beperkingen. Een literatuuronderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55 (4), 336-348.
- Foucault, M. (1963). Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Vertaling: A. M. Sheridan Smith (1973) als *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Pantheon.
- Houtman, I. & J. de Jonge (2003). De epidemiologie van werkgerelateerde psychische aandoeningen en klachten. In: W. Schaufeli, A. Bakker en J. de Jonge (red.). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp.265-281). Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hutschemaekers, G. (2000). Wordt Nederland steeds zieker? Kengetallen en achtergrondanalyses. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55 (4), 314-355.

- Karasek R. & T. Theorell (1990). *Healthy work; stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Laitinen-Krispijn, S. & R. Bijl (2002). *Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Loo, H. van der & W. van Reijen (1997). *Paradoxen van modernisering*. Bussum: Coutinho.
- Nauta, A. & G. van Sloten (2004). *De dialoog als vroege Poortwachter. Het voorkomen van verzuim door onbalans*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- PZ Signaal (2005): Minder mensen door psychische klachten in de WAO. Nieuwsbericht 15-2 2005: <http://www.pzsignaal.nl/nieuws/archief.asp?art=1273>.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves. Psychology, power, and personhood*. Cambridge: University Press.
- Rüesch, P., J. Graf, P.C. Meyer, W. Rössler & D. Hell (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Sennet, R. (1998). *The Corrosion of Character. The personal consequences of work in the new capitalism*. New York & London: Norton & Co.
- Stelten, R. & M. Coppinga (2003). *Wie komen er in de WAO? Onderzoeksrapport 1 mei 2003*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Swaan, A. de (1988). Conclusion: The Collectivizing Process and its Consequences. In A. de Swaan. *Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era* (pp. 218-257). Cambridge: Polity Press.
- Thomas, R.R. Jr. (1995). A Diversity Framework. In: M.M. Chemers, S. Oskamp & M.A. Constanzo (red.). *Diversity in Organizations. New Perspectives for a Changing Workplace* (pp.245-263). London: Sage.
- Triandis, H.C. (1995). A Theoretical Framework for the Study of Diversity. In: M.M. Chemers, S. Oskamp & M.A. Constanzo (red.). *Diversity in Organizations. New Perspectives for a Changing Workplace* (pp. 11-36.). London: Sage.
- Tsui, A.S., T.D. Egan & K.R. Xin (1995). Diversity in Organizations. Lessons From Demography Research. In: M.M. Chemers, S. Oskamp & M.A. Constanzo (red.). *Diversity in Organizations. New Perspectives for a Changing Workplace* (pp. 191-219). London: Sage.
- WHO (2001a). *Mental and neurological disorders*. Fact sheet No 265.
- WHO (2001b). *Mental Health in the WHO European Region*. Report.